

問 診 表

記入年月日

年 月 日

下記についてご記入ください。裏表面とも必要になります。

フリガナ

奥様のお名前.....(.....)才 生年月日 西暦 年 月 日

自宅住所 〒..... 自宅電話 (.....) -.....

Bp (..... /.....) 職業..... 携帯電話 (.....) -.....

身長 (.....) cm 体重 (.....) kg 血液型 (.....) 型 Rh (.....)

フリガナ

御主人のお名前.....(.....)才 生年月日 西暦 年 月 日

携帯電話 (.....) -.....

職業.....

血液型 (.....) 型 Rh (.....)

* 緊急時には、電話や郵送などで連絡をとらせていただく場合がございます。

1 ご希望の治療内容

- a タイミング法 b 人工授精 c 体外受精 d 顕微授精 e その他 (.....)

2 当院受診の動機・予約方法

◎予約方法 (a WEB予約 b TEL予約 c 直接来院)

◎動機

- a 他医の紹介による (病院、医師名:.....) 紹介状をお持ちの場合は受付へお渡し下さい
 b 新聞、雑誌で (誌名.....)
 c 知人の紹介
 d ホームページ
 e インターネット広告 (yahoo)
 f インターネット広告 (Google) j その他 (.....)

3 あなたの月経について

- ① 初潮は (.....) 才のとき
 ② 月経は順調にありますか 順調 不順
 ③ 月経は何日型で、何日続きますか。 (.....) 日型で (.....) 日間続く
 ④ 月経のとき痛みますか はい いいえ
 ⑤ 月経の量は多いですか 多 中 少
 ⑥ 月経中に血塊 (かたまり) がありますか はい いいえ
 ⑦ 最近の月経はいつから始まりましたか (.....) 月 (.....) 日より (.....) 日間

- 4 結婚 S・H・R 年 月 (..... 才のとき)
 再婚 S・H・R 年 月 (..... 才のとき : 離婚..... 才のとき)
 同棲 S・H・R 年 月 (..... 才のとき)

5 妊娠を希望してから何年になりますか (.....) 年

6 妊娠したことはありますか はい いいえ

	1	2	3
	S・H・R 年 月	S・H・R 年 月	S・H・R 年 月
出産	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否	男・女 g 週 健・否
流産	週	週	週
子宮外妊娠	週	週	週

<裏面もご記入ください>

7 今までにかかった主な病気、受けた手術について (婦人科以外も含めて)

- ① 病気になったり、手術を受けたことがありますか はい ・ いいえ
 ・ 病気 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
 ・ 手術 () は () 才のとき
 () は () 才のとき
- ② 現在、治療中の病気や内服している薬はありますか はい ・ いいえ
 ・ 治療の内容は () ・ 内服中の薬は ()
 () ()
 ・ 医療機関名 () ・ 受診日 ()
- ③ 今まで使った薬や注射で副作用を起こしたことがありますか はい ・ いいえ
 ・ 薬品名は () ・ 症状は ()
 () ()
- ④ 喘息など、アレルギー(食品含む)体質がありますか はい ()
 いいえ
- ⑤ 今までに血が止まりにくかった経験はありますか はい () いいえ
- ⑥ 最近、子宮癌検診を受けましたか はい (年 結果) いいえ
- ⑦ 性感染症にかかったことがありますか はい () いいえ
- ⑧ 飲酒の習慣はありますか はい (程度) いいえ
- ⑨ 喫煙の習慣がありますか はい (本/日) いいえ

8 今までの不妊治療 なし あり 期間 (年) 不妊の原因がわかれば記入 ()

一般治療

- ・ タイミング法 なし あり (回数 回) 施設名 ()
 ・ 排卵誘発剤投与 なし あり (回数 回) 施設名 ()
 ・ 子宮卵管造影 なし あり (結果) 施設名 ()
 ・ 人工授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()

- 体外受精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
 顕微授精 なし あり (回数 回) 施設名 ()
 凍結胚移植 なし あり (回数 回) 施設名 ()

9 御主人について

- ・ 健康ですか はい いいえ
 ・ 今までにかかった病気はありますか はい () いいえ
 ・ 精液検査をしたことがありますか はい (結果) いいえ
 (施設名)

10 本日、特に質問したい内容をご記入ください

マイナンバーカードをご提示いただいた方へ

- (1)マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ (はい・いいえ)
 (2)この1年で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受診しましたか？
 (はい・いいえ)

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- ◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)加算① 4点 加算
 ② 2点(マイナ保険証を利用した場合)